UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 65

FACULTE DE MEDECINE

LE

# LUPUS DU CREUX POPLITÉ

## Contribution à l'Etude de l'Autoplastie de la Région

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 6 Juin 1910**

PAR

**Jean MÈGE**

Né à Toulon (Var), le 5 août 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examinateurs de la Thèse**

GILIS, Professeur, *Président.*
SARDA, Professeur. } *Assesseurs.*
SOUBEYRAN, Agrégé }
LEENHARDT, Agrégé.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1910

# LE
# LUPUS DU CREUX POPLITÉ

Contribution à l'Etude de l'Autoplastie de la Région

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 65

FACULTE DE MEDECINE

LE

# LUPUS DU CREUX POPLITÉ

Contribution à l'Etude de l'Autoplastie de la Région

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 6 Juin 1910**

PAR

**Jean MÈGE**

Né à Toulon (Var), le 5 août 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examinateurs de la Thèse**

GILIS, Professeur, *Président.*
SARDA, Professeur.
SOUBEYRAN, Agrégé. } *Assesseurs.*
LEENHARDT, Agrégé.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1910

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

## Administration

MM. MAIRET (✲). . . . . DOYEN
SARDA. . . . . ASSESSEUR
IZARD . . . . . SECRÉTAIRE

## Professeurs

| | |
|---|---|
| Clinique médicale . . . . . | MM. GRASSET (✲) Chargé de l'enseign[t] de pathol. et thérap. génér |
| Clinique chirurgicale . . . . . | TÉDENAT (✲). |
| Thérapeutique et matière médicale. . . . | HAMELIN (✲) |
| Clinique médicale. . . . . | CARRIEU. |
| Clinique des maladies mentales et nerv. | MAIRET (✲). |
| Physique médicale . . . . . | IMBERT. |
| Botanique et hist. nat. méd. . . . . | GRANEL. |
| Clinique chirurgicale . . . . . | FORGUE (✲). |
| Clinique ophtalmologique. . . . . | TRUC (✲). |
| Chimie médicale. . . . . | VILLE. |
| Physiologie . . . . . | HEDON. |
| Histologie . . . . . | VIALLETON |
| Pathologie interne. . . . . | DUCAMP. |
| Anatomie. . . . . | GILIS (✲). |
| Clinique chirurgicale infantile et orthop. | ESTOR. |
| Microbiologie . . . . . | RODET. |
| Médecine légale et toxicologie . . . . . | SARDA. |
| Clinique des maladies des enfants . . . | BAUMEL. |
| Anatomie pathologique . . . . . | BOSC. |
| Hygiène. . . . . | BERTIN-SANS (H.) |
| Pathologie et thérapeutique générales . . | RAUZIER. Chargé de l'enseignemen de la clinique médicale. |
| Clinique obstétricale. . . . . | VALLOIS. |

*Professeurs adjoints :* MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
*Doyen honoraire :* M. VIALLETON
*Professeurs honoraires :* MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

## Chargés de Cours complémentaires

| | |
|---|---|
| Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées | MM. VEDEL, agrégé. |
| Clinique annexe des mal. des vieillards. . | VIRES, agrégé. |
| Pathologie externe . . . . . | LAPEYRE, agr. lib. |
| Clinique gynécologique. . . . . | DE ROUVILLE, prof. adj. |
| Accouchements.. . . . . | PUECH, Prof. adj. |
| Clinique des maladies des voies urinaires | JEANBRAU, agr. |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie . . . . | MOURET, Prof. adj. |
| Médecine opératoire. . . . . | SOUBEYRAN, agrégé. |

## Agrégés en exercice

| | | |
|---|---|---|
| MM. GALAVIELLE | MM. SOUBEYRAN | MM. LEENHARDT |
| VIRES | GUERIN | GAUSSEL |
| VEDEL | GAGNIERE | RICHE |
| JEANBRAU | GRYNFELTT ED. | CABANNES |
| POUJOL | LAGRIFFOUL. | DERRIEN |

## Examinateurs de la Thèse

MM. GILIS, *président.* | SOUBEYRAN, *agrégé.*
SARDA, *professeur.* | LEENHARDT, *agrégé.*

---

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

J. MÈGE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR GILIS

PROFESSEUR D'ANATOMIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR SARDA

PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE ET DE TOXICOLOGIE

A MESSIEURS LES PROFESSEURS-AGRÉGÉS

SOUBEYRAN ET LEENHARDT

J. MÈGE.

LE

# LUPUS DU CREUX POPLITÉ

Contribution à l'Étude de l'Autoplastie de la Région

## INTRODUCTION

Nous n'avons pas la prétention d'apporter dans ce modeste travail des matériaux très nouveaux pour l'étude du lupus. Si pendant longtemps cette étude a donné lieu à des controverses, actuellement, grâce aux travaux de maîtres éminents, elle est devenue plus facile. Si même encore à l'heure actuelle, certains points particuliers sont l'objet de litiges entre les auteurs, ces points demandent, pour être précisés, une compétence plus grande que la nôtre. Nous n'aurons garde d'y toucher.

Nos intentions sont plus simples. Il nous a paru que la localisation du lupus au creux poplité, dont l'observation que nous devons à l'obligeance de M. le professeur agrégé Soubeyran nous fournit un exemple, pouvait être l'objet de quelques notions particulières au point de vue clinique, et surtout de quelques indications précises au point de vue thérapeutique.

Si donc, il nous paraît indispensable, après avoir exposé l'observation qui nous inspira ce travail, d'entrer dans quelques considérations rapides sur le lupus en général, nous essaierons de voir surtout quelle est la physionomie spéciale du lupus localisé au creux poplité, et quelle est la méthode qui nous paraît être celle de choix pour son traitement.

Mais avant de commencer cette étude, il est une tradition respectable et charmante, à laquelle nous nous soumettons avec joie. C'est celle qui veut que, nous recueillant un instant, nous revivions dans l'espace de quelques minutes tous les doux souvenirs de nos années passées. Dans ces souvenirs, nous retrouvons tous ceux qui s'intéressèrent à nous, et pour qui, en ce jour, notre cœur peut laisser déborder toute sa reconnaissance.

Notre père et notre mère furent toujours pour nous d'une sollicitude infinie, accueillant nos moindres désirs, réalisant nos plus petits vœux. Les lignes que nous inscrivons ici sont bien peu de chose pour leur exprimer toute notre gratitude et pour les remercier comme il conviendrait des sacrifices qu'ils se sont imposés.

Que notre frère reçoive aussi l'assurance de notre très affectueuse amitié, qui d'ailleurs ne lui manqua jamais, pas plus que la sienne ne nous fit défaut un jour.

A tous nos amis, qui connaissent la sincérité de nos sentiments pour eux, nous adressons nos vœux les meilleurs.

Enfin, à tous ceux qui, depuis nos plus jeunes années, nous ont porté quelque intérêt, nous adressons nos remerciements les plus vifs.

Pendant deux années, nous avons été interne des hospices civils de Toulon. Grâce aux conseils éclairés de nos chefs de service, nous avons appris là quelques-unes des notions utiles de la pratique médicale. A MM. les docteurs

Daspres, Delahaye, Bouisson, Bertholet, Boeri, Deville, Malartic et Portay vont tous nos remerciements.

M. le docteur Daspres, que nous considérons comme notre premier maître, fut toujours pour nous un ami. Il a droit à toute notre reconnaissance ; qu'il veuille bien en accepter l'hommage.

A tous nos camarades d'internat, à nos aînés, déjà dispersés, aux plus jeunes, que nous laissons, nous penserons toujours avec une certaine émotion ; nous leur adressons notre amical souvenir.

Les savantes leçon que nous avons reçues des professeurs de cette Faculté, nous font un devoir d'affirmer ici toute notre gratitude envers eux.

M. le professeur Gilis a bien voulu accepter la présidence de cette thèse ; nous ne saurions le remercier trop vivement de l'honneur qu'il nous a fait.

Enfin, nous remercions aussi M. le professeur Sarda et M. le professeur agrégé Leenhardt d'avoir bien voulu faire partie de notre jury.

M. le professeur agrégé Soubeyran nous a indiqué le sujet de ce travail, et nous a confié une observation. Nous ne pouvons oublier qu'il nous a toujours accueilli avec bienveillance, et que ses conseils nous ont été précieux.

## OBSERVATION

(Due à M. le Professeur-agrégé Soubeyran)
Lupus du creux poplité (ablation, autoplastie et greffes)

Il s'agit d'un jeune homme de 25 ans, originaire de Saint-Geniès-des-Mourgues.

Bon état antérieur, santé excellente.

Rien à signaler au point de vue des antécédents héréditaires.

D'après ce qu'il dit, possède des noyaux de lupus dans le creux poplité depuis trois ans, lesquels, traités par l'électrothérapie, s'affaissèrent d'abord, puis augmentèrent de nombre et de volume.

*Etat actuel.* — Au moment où le professeur Soubeyran voit le malade pour la première fois, il présente un certain nombre d'ulcérations et d'abondants noyaux lupiques.

Ceux-ci occupent en hauteur et en largeur toute l'étendue du creux poplité (12 centimètres), mais prédominent au niveau du triangle supérieur.

Le 15 février 1908, opération : anesthésie générale (chloroforme, éther) ; incision losangique circonscrivant tous les noyaux. Ablation du lambeau cutané qui comprend la tumeur.

Il reste une énorme brèche. Incisions latérales et verticales recommandées par Doyen, pour mobiliser la peau des côtés interne et externe.

Taille de chaque côté du triangle supérieur (plus mobili-

sable que l'inférieur) d'un lambeau cutané qui descend un peu.

Malgré cela, énorme brèche, impossible à combler. Des greffes dermo-épidermiques sont prises sur la face supéro-externe de la cuisse du côté malade et sont appliquées sur l'espace vide.

Pansement avec du silk.

*Suites opératoires.* — Infection légère du côté des lambeaux qui suppurent. On a opéré, en effet, sur une surface infectée. Quelques greffes lâchent.

On les remplace par d'autres huit jours après (avec anesthésie de courte durée au chlorure d'éthyle).

Résultat excellent au bout d'un mois.

Actuellement, pas de récidive (malade revu en janvier 1910).

## CHAPITRE PREMIER

### DU LUPUS EN GENERAL

Quel qu'en soit le siège, et malgré la diversité des aspects sous lesquels il peut se présenter, le lupus se propage toujours de la même façon et évolue toujours d'une manière identique. C'est pourquoi nous avons pensé que nous ne pouvions nous dérober à l'obligation de rappeler le plus brièvement possible, les notions classiques. D'ailleurs, de cette manière, nous n'aurons pas à répéter plus tard, à propos du lupus localisé au creux poplité, ce que nous aurons déjà dit ici.

*Définition.* — Depuis l'époque où l'on désignait sous le nom de lupus des affections rongeantes et ulcéreuses de *toute nature*, la signification de ce mot a changé. Après Villan, on ne donna plus, en effet, le nom de lupus qu'à des dermatoses, dont le tubercule était la lésion essentielle, que ce tubercule arrive ou non jusqu'à la caséification et jusqu'à l'ulcération. Bientôt on ajouta un élément de plus, la spécificité, due au bacille de Koch.

En France même, on va plus loin. On a fait entrer et on a maintenu dans le groupe des lupus, d'ailleurs après bien des hésitations, et surtout grâce aux travaux de Besnier, le lupus érythémateux.

Les auteurs étrangers, dans leur presque totalité, n'ad-

mettent pas cette opinion. Il serait trop long pour nous, et hors de notre sujet, d'examiner les discussions non encore terminées à l'heure actuelle, sur cette question.

Qu'il nous suffise de dire que la théorie de l'origine tuberculeuse à laquelle se rallient nombre d'auteurs, repose sur des arguments sérieux, et qu'en tous les cas il y a intérêt au point de vue de la description à garder le lupus érythémateux dans le groupe général des lupus.

Nous accepterons donc la définition donnée dans le Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, qui permet le maintien intégral de ce groupe.

« Les lupus sont diverses dermatoses caractérisées par une tendance à la formation d'une cicatrice indélébile et une marque serpigineuse. Peu importe d'ailleurs que la cicatrice ait été ou non précédéé d'ulcération. »

## Etiologie

Comment le bacille de Koch arrive-t-il à la peau et comment y produit-il la lésion lupique ? Il faut tenir compte de l'individu, du bacille et de la peau. L'inoculation peut se faire chez un individu sain. C'est dans ce cas qu'interviennent toutes les causes occasionnelles qu'on a citées (dénudation épidermique, eczéma, impétigo, furoncle, séborrhée, acné, brûlure, engelure, piqûre, coupure, frottements, traumatismes de toute sorte, et même traumatisme chirurgical. On cite, en effet, le cas de lupus développé sur une cicatrice opératoire.)

Il n'est pas besoin de démontrer comment un individu sain peut s'inoculer le bacille de Koch au niveau d'une érosion de la peau, accidentelle ou pathologique. Quel est celui de nous qui n'a jamais été en contact avec un tuberculeux ? Le bacille de Koch ne se rencontre-t-il pas,

d'ailleurs, d'une façon permanente, dans le milieu où nous vivons ?

Le lupus peut aussi être le résultat d'une auto-inoculation locale chez un sujet tuberculeux, et dans ces conditions, le tégument externe peut être inoculé de différentes façons : par continuité, par des foyers tuberculeux profonds, à distance par un virus tuberculeux puisé loin du point d'inoculation par les lymphatiques, ou par les vaisseaux sanguins.

Les cas sont nombreux de lupus développés chez un tuberculeux ouvert, ou chez un tuberculeux à foyers suppurants : lupus de la face, des extrémités, par grattage, de la marge de l'anus chez des sujets atteints de tuberculose intestinale, etc.

Quels seront maintenant les sujets qui, en dehors de toute autre lésion tuberculeuse, seront le plus enclins à contracter le lupus ?

Le lupus est beaucoup plus fréquent chez la femme que chez l'homme (un lupus chez l'homme pour deux chez la femme, en moyenne). Les raisons n'en sont pas faciles à saisir. La plus grande délicatesse de la peau chez celle ci, les perturbations de la fonction menstruelle, la moins grande abondance des parties velues, qui seraient plus résistantes, toutes ces raisons ont été données.

Les jeunes sont aussi plus exposés que les adultes, et Leloir a pu dire que « l'âge était presque pathognomonique de l'affection lupique et de ses variétés ». D'après lui, à ce seul signe on pourrait diagnostiquer les lésions lupiques des lésions syphilitiques, ces dernières se produisant plutôt chez l'adulte, les premières chez l'enfant.

On pourrait même, d'après l'âge seul, diagnostiquer le genre du lupus, le lupus vulgaire étant caractéristique de

la première enfance, le lupus érythémateux survenant plutôt à un âge voisin de l'âge adulte.

Les lymphatiques sont aussi plus sujets que d'autres à voir apparaître chez eux le lupus. De fait, ce tempérament est nettement plus tuberculisable que les autres. Et pourtant, les tuberculeux deviennent rarement des lupiques. Nous en trouverons tout à l'heure la raison en étudiant le rôle du bacille.

Les renseignements climatériques tendent aussi à faire admettre que le lupus se rencontre partout dans les régions tempérées, humides et froides. Il y a plutôt là une cause prédisposante qu'une véritable cause déterminante.

Il en est de même de l'hérédité, qu'on a voulu incriminer. Pourtant, on n'a jamais rencontré de lupus congénital indiscutable, et cependant souvent on peut voir des membres nombreux d'une même famille frappés par le lupus, sans que l'on puisse incriminer la contagion, car jamais on n'a pu inoculer le lupus à l'homme en partant du lupus.

Reste à examiner maintenant le rôle du bacille et le rôle de la peau inoculée dans la pathogénie du lupus.

Pour le bacille, bien que cela ne soit pas établi d'une façon définitive, il semble bien que pour que la lésion s'arrête au lupus, il faille un microbe atténué ou un petit nombre de microbes, car les lupus sont, en général, des tuberculoses de virulence médiocre.

C'est ce qui explique sans doute que les sujets en puissance de tuberculose virulente, deviennent rarement des lupiques. Mais cela n'a rien d'absolu, car certains cas où il se développa un lupus par l'inoculation avec des produits pris chez un sujet mort de tuberculose, par conséquent avec des produits virulents, et probablement en nombre suffisant, prouvent que parfois le lupus peut

naître de produits virulents. Il y a évidemment là des points inconnus qui seraient à élucider.

Quant à la peau, elle est le terrain sur lequel va se développer l'infection. Rien d'étonnant donc à ce qu'elle ait son importance dans l'étiologie. Tout d'abord, la peau normale est incontestablement un mauvais terrain de culture pour les microbes, qui ne tardent pas à y succomber, ce que démontre péremptoirement l'expérience de Vallas, dans laquelle des produits d'ulcérations tuberculeuses inoculés à un cobaye et à trois lapins donnèrent un résultat négatif chez les lapins.

Bien entendu, toutes les causes occasionnelles que nous avons énumérées plus haut au sujet de l'individu, et qui agissent en diminuant la vitalité du tégument externe, de même que l'âge, le sexe, le tempérament, dont nous avons aussi parlé, et qui ont leur influence sur la peau, modifient plus ou moins le rôle de ce terrain qu'est la peau dans l'infection lupique.

### Variétés cliniques.

On divise les lupus en deux grandes classes : le lupus vulgaire et le lupus érythémateux.

A. Lupus vulgaire. — Encore désigné sous le nom de lupus tuberculeux proprement dit, non pas à cause de sa nature tuberculeuse, mais à cause de la lésion élémentaire qui le caractérise : le nodule plan ou le tubercule saillant. Ces nodules ou tubercules peuvent être isolés ou former par leur confluence des lésions planes. Ils peuvent aussi former de véritables néoplasies élevées, ulcéreuses ou non.

*Anatomie pathologique.* — Le nodule lupique se déve-

loppe dans la couche papillaire du derme le plus souvent, quelquefois plus profondément. Il peut atteindre même les couches les plus inférieures. Le nombre des nodules est variable. Il peut n'y en avoir qu'un seul (lupus solitarius), mais en général il en existe un plus grand nombre. Ils peuvent être disséminés irrégulièrement, éloignés les uns des autres, noyés dans du tissu sain, ou réagissant peu. Ils peuvent, au contraire, être groupés et être entourés de tissus réagissant violemment. Les assises de ce jeune tissu peuvent les pénétrer, et alors le follicule tuberculeux est à peine reconnaissable (lupus plan). Si, au contraire, l'infiltration du follicule par le tissu environnant n'a pas eu lieu, il se produit tout autour une zone de sclérose, et le nodule tranche alors nettement (lupus élevé).

*Symptômes, formes et variétés du lupus vulgaire.* — La symptomatologie du lupus est une symptomatologie excessivement complexe. Cette complexité tient aux différences d'aspect que le lupus offre en clinique.

Lenglet, dans son article de la pratique dermatologique de Besnier, Brocq et Jacquet, dit : « Suivant qu'elles s'accompagnent de néoformations riches ou pauvres, de l'atrophie ou de l'hypertrophie de l'épithélium, de l'augmentation ou de la diminution de la vascularisation sanguine et lymphatique ; suivant aussi qu'elles dégénèrent rapidement sous l'influence de la toxine tuberculeuse ou qu'elles ne subissent de ce fait que de lentes et durables transformations, l'évolution de ces lésions prend un caractère de stabilité remarquable ou, tout au contraire, de variabilité rapide, se manifestant tantôt par l'hypertrophie et l'hypergénèse des tissus imbibés de sucs, et d'autres fois par leur destruction rapide, phagédénique. »

Ces quelques lignes, en même temps qu'elles contiennent les traits essentiels de la symptomatologie du lupus, montrent aussi sous combien d'aspects le lupus peut se présenter à nous en clinique et, par conséquent, combien il est difficile d'établir une classification des diverses sortes de lupus vulgaires.

Il est pourtant un fait sur lequel tous les auteurs sont d'accord : c'est qu'au point de vue pratique il est indispensable d'établir une distinction entre le lupus ulcéreux, lupus excedens, et le lupus non ulcéreux ou lupus non excedens.

Aussi, puisqu'il faut reconnaître qu'aucune classification ne saurait être absolue, et qu'à la division de Besnier et Leloir en lupus plan et lupus élevé, il faut toujours ajouter le qualificatif ulcéreux ou non ulcéreux, nous distinguerons simplement le lupus en lupus ulcéreux et en lupus non ulcéreux.

1° *Lupus non ulcéreux.* — Le lupus non ulcéreux est caractérisé par l'existence de nodules de volume variable, pouvant aller de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois. La consistance de ces nodules est ferme, parfois élastique, rénitente.

Leur coloration est jaunâtre. Ils sont le plus souvent translucides. Autour d'eux peut exister un peu de congestion, mais cette congestion ne va pas jusqu'à l'inflammation. La palpation est, en général, indolore, en tous les cas à peine sensible.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, ils se groupent, et ces groupements peuvent acquérir des formes diverses (cercles, ovales, anneaux, spirales, demi-lunes, fer à cheval), donnant naissance à des variétés de lupus. Quelquefois aussi ils prennent des formes tout à fait irrégulières. Mê-

me dans ces cas, on peut arriver à saisir encore quelques vestiges de la forme arrondie. Et ceci se comprend facilement si l'on songe à leur mode d'extension. Les noyaux lupiques s'accroissent toujours en effet par leur périphérie. Le cercle sera donc plus ou moins complet, plus ou moins régulier suivant le sens de l'extension. Chaque tubercule évolue très lentement.

A de certains moments même, le tubercule paraît abandonner tout travail morbide ; à peine s'il persiste un peu d'exfoliation de l'épiderme ; puis, il se rapetisse et finit par disparaître, ne laissant plus qu'une cicatrice indélébile, qui, d'abord violacée, se décolorera ensuite. Et cette cicatrice, qui occupe le centre du placard lupique, est là pour témoigner que la peau a été profondément atteinte. La terminaison a lieu par résolution des tubercules dans l'ordre où ils ont apparu.

Quelquefois, après une rémission plus ou moins longue du processus, se produit une recrudescence, et les phénomènes se poursuivent sans qu'il soit possible d'assigner un terme à cette marche essentiellement chronique du lupus.

Le lupus non ulcéreux peut être *plan*, et dans ce cas les tubercules ne font aucune saillie à l'extérieur. Il peut être *élevé*, et alors, suivant l'activité du processus, ce seront différentes variétés allant du lupus *végétant* et exubérant jusqu'au lupus *hypertrophique*.

2° *Lupus ulcéreux.* — Le lupus ulcéreux débute comme le précédent, par l'apparition de tubercules. Bientôt, ces tubercules vont évoluer d'une manière différente. Au lieu de régresser, comme cela a lieu pour le lupus non excedens, ils augmentent de volume, prennent une coloration variable : violacée, livide, brun obscur. Leur consistance,

dure au début, devient mollasse ; la surface qui les supporte peut même s'enflammer.

Puis, à la fin de cette période de crudité, qui dure plus ou moins longtemps, apparaissent, à la surface des tubercules, des croûtes au-dessous desquelles une ulcération s'est formée. Cette ulcération est anfractueuse. Le fond est constitué par de mauvais bourgeons charnus, des fongosités. Il est granuleux. La coloration est rouge, plus souvent encore grisâtre. Un liquide sanieux, purulent, qui se dessèche bientôt, donnant naissance à de nouvelles croûtes, s'en écoule.

Cette ulcération peut affecter des formes aussi différentes que celles qu'affecte le placard lupique lui-même, et pour les mêmes raisons, c'est-à-dire suivant le sens dans lequel elle s'accroît.

Elle peut de préférence augmenter en surface, donnant naissance à une variété de *lupus ulcéreux serpigineux* ; elle peut augmenter de préférence en profondeur, donnant naissance au *lupus ulcéreux térébrant*. Elle peut enfin se développer à la fois en surface et en profondeur, donnant naissance au *lupus vorax*.

Ces deux dernières formes, à la face surtout, sont capables de produire des délabrements considérables, dévorant tous les tissus jusqu'aux os. Le plus souvent, en effet, les os opposent une barrière au processus. Alors même peuvent, par la suite, se produire des adhérences cicatricielles. Mais, parfois, l'os lui-même peut être attaqué et détruit par le processus, en partie ou complètement.

Ces ulcérations si vastes et si profondes sont l'œuvre de l'association du bacille de Koch et des microbes vulgaires de la suppuration (streptocoque, staphylocoque, etc.).

Les complications qui peuvent survenir à la suite de

semblables ulcérations sont, on le pense, nombreuses. D'abord, toutes les complications des plaies ordinaires : lymphangite, érésypèle, adénites, pouvant donner ensuite naissance à des abcès froids.

Au-dessous de ces croûtes, la cicatrisation peut donner lieu à des brides, à des difformités du derme. Et ces cicatrices vicieuses seront, non seulement défectueuses au point de vue de l'esthétique, mais elles pourront être une source de graves ennuis au point de vue fonctionnel, suivant leur siège (voisinage des orifices naturels, par exemple).

Bien plus encore de véritables tumeurs malignes, se développeront parfois sur les cicatrices lupiques. La formation d'une néoplasie épithéliale est presque, pourrons-nous dire, chose banale. Mais on a même vu des sarcomes naître sur ces cicatrices. Rona en a signalé un cas. Morestin en a signalé un autre (*Bulletin Société Anatomique,* octobre 1907).

*Pronostic.* — Après ce que nous avons dit de la nature, de la marche, des complications du lupus, il est inutile d'insister longuement sur le pronostic.

Le lupus est une tuberculose. Par conséquent, au point de vue général, son pronostic comporte les réserves que comporte toute tuberculose. Nous avons dit, en effet, que souvent les lupiques mouraient tuberculeux.

Au point de vue local, nous avons, en quelques mots, signalé les complications qui peuvent survenir au cours de l'évolution d'un lupus. La possibilité de toutes ces complications aggrave, cela va sans dire, le pronostic.

La longueur de l'évolution, la fréquence des récidives, les difficultés de la thérapeutique, sont également autant de facteurs qui doivent faire réserver le pronostic.

Il est donc imprudent de fixer, même d'une façon approximative, le temps qu'il faudra à un traitement pour guérir, ou même améliorer un lupus.

*Diagnostic.* — En général, il est assez facile, car la difficulté qui résulterait de la multiplicité des aspects du lupus est écartée, souvent, par la présence des éléments caractéristiques (nodules et tubercules).

De plus, les caractères de l'évolution, la lenteur de la marche, la tendance à la cicatrisation, permettront d'y arriver.

Pourtant, l'erreur deviendra possible en présence de certaines syphilides anormales (lupus syphilitique), ou en présence d'un épithélioma.

D'autres affections cutanées, certains eczémas, l'actinomycose, le bouton de Biskra, etc., pourront aussi prêter à confusion. Généralement, cette confusion ne sera pas de longue durée, l'absence de caractères particuliers de ces affections permettront de les mettre hors de cause.

B. Lupus érythémateux. — Le lupus érythémateux est plus spécialement caractérisé par trois ordres de phénomènes : 1° des phénomènes vasculo-conjonctifs ; 2° des phénomènes épithéliaux ; 3° des phénomènes de régression cicatricielle consécutifs.

De tous ces phénomènes, ce sont les premiers, c'est-à-dire les phénomènes vasculaires qui sont les plus constants, qui ont surtout frappé les observateurs et qui ont fait donner son nom au lupus érythémateux.

*Etiologie.* — Au point de vue étiologique, nous avons bien peu de choses à ajouter à l'étiologie que nous avons donnée du lupus en général.

Nous retrouvons ici à peu près toutes les causes que nous avons énumérées. Cependant, au point de vue de l'âge, nous l'avons, du reste, déjà fait remarquer, nous devons rappeler que cette variété de lupus survient de préférence à un âge relativement plus avancé que le lupus vulgaire.

Quant à l'influence du sexe, la femme est toujours prédisposée davantage. Il semble qu'ici il faille sans hésitation incriminer, dans une maladie où les troubles vasculaires sont prédominants, l'influence sur les circulations locales des troubles physiologiques de la vie génitale de la femme, et aussi les diverses modifications pathologiques de l'appareil génital. Des observations nombreuses viennent à l'appui de cette manière de voir, en montrant que ces modifications ont été la cause de poussées et même de l'apparition d'un lupus érythémateux.

A ce propos, nous ne pouvons mieux faire que de relater en quelques lignes l'observation démonstrative que rapporte Perrin, dans les comptes-rendus du Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie (Paris, 1889) :

Une jeune fille voit ses règles brusquement supprimées, à la suite d'une violente émotion que lui cause un tremblement de terre. Bientôt apparurent des plaques de lupus érythémateux, dont le nombre augmenta au moment des époques menstruelles. Lorsque les périodes menstruelles redevinrent normales, les lésions de la peau rétrocédèrent.

L'état gastro-intestinal avec les bouffées congestives qui l'accompagnent a aussi son rôle.

Bien entendu, toutes ces causes ne sont qu'occasionnelles, et fort probablement doivent s'effacer devant la véritable étiologie du mal (tuberculose).

*Anatomie pathologique.* — Les lésions les plus apparentes portent sur les vaisseaux. Il se produit une dilatation vasculaire intense. C'est ce qui a fait dire à Leredde, qui accorde à ce phénomène l'importance capitale, que le lupus érythémateux était une angiodermite. Ensuite se produit de l'œdème du chorion, et autour des capillaires dilatées, l'infiltration ne tarde pas à se produire.

Des lésions épidermiques caractérisées principalement par de l'atrophie généralisée de toutes les couches non cornées, de l'hyperkératose généralisée, mais cependant prédominante à l'embouchure des glandes sébacées et des glandes sudoripares, accompagnent les lésions du derme.

D'après certains auteurs, Vidal en particulier, le point de départ de la prolifération embryonnaire du réseau papillaire aurait lieu au niveau de ces glandes. Il y a sans doute là quelque exagération, car on a vu des lupus se développer au niveau de régions dépourvues de glandes sébacées (face antérieure des mains et des doigts), et les glandes ne sont pas seules le foyer du mal. Toutes les parties constituantes du lupus sont envahies au même degré. On ne peut donc guère appeler le lupus séborrhée congestive, comme on l'a fait. D'ailleurs, la lésion peut très bien commencer dans la profondeur autour des vaisseaux capillaires.

Quoi qu'il en soit, que le début se fasse en surface ou en profondeur, le résultat est toujours le même, et comme l'a dit Bazin, « le travail ulcératif est accompli sans que la peau soit entamée, par une sorte d'absorption interstitielle ».

Plus tard, les parties constituantes du lupus dégénèrent au centre, se fragmentent. Les phagocytes viennent aider à la résorption des masses lupiques, la peau s'affaisse au centre, en même temps que l'épiderme cesse de produire

des couches cornées. Et ainsi est constituée la cicatrice indélébile, caractéristique du lupus.

*Symptomatologie.* — Le mal débute par l'apparition d'une tache rouge, de dimensions variables à l'infini. On ne trouve pas ici de nodules, comme dans le lupus vulgaire. A peine si on peut constater par la palpation une légère surélévation. L'infiltration est, au contraire, diffuse, se continuant sans limite appréciable avec la peau saine qui entoure ces taches.

Au centre de la tache, se trouve une dépression luisante comme une cicatrice, et, de fait, ça n'est pas autre chose. Les poils, à ce niveau, tombent, l'épiderme, par suite de l'hyperkératose que nous avons vu se produire, desquame d'autant plus abondamment que le processus est plus actif. L'extension, comme toujours, se fait à la périphérie.

Tels sont les principaux symptômes du lupus érythémateux. Cette rapide revue n'est d'ailleurs qu'un simple exposé, et nous l'avons voulu ainsi, car il n'entre pas dans le cadre que nous nous sommes tracé, de passer en revue les aspects infinis que peut présenter cette variété de lupus, suivant la disposition et la proportion des éléments qui le constituent.

Toutefois, nous devons ajouter rapidement que la tache lupique peut être multiple ; on a alors la *forme agminée* de Besnier et Doyon.

Parmi les autres variétés fréquentes, nous pouvons encore signaler le *lupus acnéique,* à la surface duquel on trouve des squames épaisses, recouvertes d'enduit séborrhéique C'e n'est seulement que lorsque ces squames ont été enlevées qu'on aperçoit l'érythème caractéristique, qui existe toujours.

Le *lupus érythémato-acnéique*, qui, ainsi que l'indique son nom est une combinaison à des degrés divers de la forme érythémateuse pure et de la forme précédente.

Quelquefois même, il peut se produire une combinaison du lupus érythémateux et du lupus tuberculeux proprement dit, que celui-ci soit ulcéré ou non.

*Complications.* — Les principales complications sont les poussées inflammatoires. Précédées le plus souvent de symptômes généraux, elles surviennent à propos des causes les plus futiles. Ce sont des accidents redoutables, car elles peuvent être l'occasion de l'extension considérable des lésions.

Les adénopathies et l'épithélioma sont des accidents plus rares.

*Diagnostic.* — Il se fondera sur une critique rigoureuse des symptômes, et parfois sera difficile, car le lupus érythémateux peut être confondu avec de nombreuses affections cutanées, que nous ne pouvons passer en revue ici.

*Quant au pronostic,* au point de vue local, il serait moins grave que celui du lupus vulgaire, surtout ulcéreux, car les complications sont moins nombreuses. Il a pourtant de sérieux inconvénients au point de vue esthétique, et a sur la vie sociale des malades une fâcheuse influence. C'est pourquoi il ne doit pas aller sans de grandes réserves, d'autant qu'ici la thérapeutique est souvent encore bien plus inefficace.

Au point de vue général, on ne doit pas oublier qu'un lupus aboutit souvent à la tuberculose viscérale.

## CHAPITRE II

## LUPUS DU CREUX POPLITÉ

Nous en arrivons maintenant à la seconde partie de ce travail, celle qui nous a décidé à l'entreprendre, c'est-à-dire à l'étude de la localisation du lupus au creux poplité. La description précédente que nous avons faite du lupus en général nous permettra d'être ici relativement bref.

Un certain nombre de questions auxquelles nous allons essayer de trouver une réponse, se présentent à notre esprit.

Quelle est la fréquence de cette localisation ? Quelle en est la cause ? Quel en est l'aspect clinique ? la marche ? le pronostic ? le diagnostic ? la méthode de choix pour le traitement ?

*Fréquence de cette localisation.* — Bien que les membres inférieurs ne soient pas le siège de prédilection du lupus, puisque la majorité des auteurs admet qu'il n'y a guère que celui des organes génitaux qui se rencontre plus rarement, il faut pourtant reconnaître que cette localisation existe assez souvent encore. Leloir, dans son traité pratique de la scrofulo-tuberculose de la peau, cite une statistique de Hahn, recueillie de janvier 1882 à janvier 1890 à la clinique dermato-syphiligraphique de Bonn, d'après laquelle, sur 424 cas de lupus, il y avait 105 cas de lupus des membres, dont 86 localisés aux membres inférieurs.

Leloir cite aussi une statistique personnelle portant sur 312 cas de lupus, observés tant à l'hôpital St-Sauveur de Lille que dans sa clientèle privée. Sur ces 312 cas, 52 étaient localisés aux membres inférieurs.

La localisation du lupus au membre inférieur n'est donc pas absolument exceptionnelle, nous voyons même qu'elle est assez fréquente.

La difficulté est plus grande si l'on cherche à savoir quelle est la fréquence de la localisation exacte du lupus au creux poplité. Cette localisation existe pourtant ; l'observation de M. le professeur agrégé Soubeyran, que nous avons placée en tête de ce travail, le démontre. D'autres raisons que nous donnerons tout à l'heure la font admettre aussi. Mais les auteurs n'ont pas pris le soin, dans leurs statistiques, d'accorder une mention particulière à cette localisation, peut-être parce qu'elle n'est, comme nous le croyons, qu'une étape dans l'évolution et l'extension de la maladie. D'autre part, les statistiques détaillées de Leloir et Hahn, citées plus haut, qui à cet égard pourraient nous servir, divergent à ce point de vue spécial dans leurs résultats.

En matière de conclusion sur cette question de la fréquence de la localisation au creux poplité, nous dirons que souvent cette région doit être le lieu d'origine d'un lupus qui ne tarde pas à en franchir les limites, si une thérapeutique appropriée n'est pas intervenue à temps pour l'en empêcher. C'est pourquoi il est difficile de savoir quelle est la fréquence exacte de cette localisation. En effet, bien souvent on se trouve en présence d'un lupus plus étendu, ayant eu un point de départ poplité.

*Causes de cette localisation.* — Nous avons dit un peu

plus haut que certaines causes pouvaient expliquer cette localisation. Quelles sont-elles ?

Tout d'abord, considérons la peau de cette région. Nous voyons qu'elle offre les conditions les plus favorables au développement du lupus.

Elle est glabre, or, nous avons indiqué, en parlant de l'étiologie générale du lupus, que la présence de poils sur la peau paraissait rendre celle-ci plus réfractaire au développement du lupus. Ce serait là, avons-nous dit, une des causes de la plus grande fréquence du lupus chez la femme.

Elle est riche en glandes sudoripares, et en glandes sébacées ; or, nous avons vu aussi, à propos de l'anatomie pathologique, que le processus débutait souvent par ces glandes ; que certains auteurs même prétendaient avec quelque exagération, sans doute, que c'était toujours là le point de départ de la lésion lupique.

Elle est assez lâche, ce qui lui permet de se laisser distendre facilement par les productions pathologiques, et en particulier par les nodules tuberculeux.

Elle possède des plis cutanés, qui, chez certains individus, peuvent devenir le siège d'intertrigo, de lésions irritatives, sources de démangeaisons, et par suite, de lésions de grattage facilitant, comme tout traumatisme, l'inoculation du bacille de Koch.

La peau du creux poplité, de par sa situation, n'est pas à l'abri des traumatismes de toute sorte, et nous connaissons l'influence des traumatismes dans l'étiologie du lupus.

Nous savons aussi que le lupus se développe volontiers au voisinage des articulations : celle du genou est assez importante pour expliquer cette localisation.

A ce propos, Adenot, à plusieurs reprises (Revue de Chirurgie, 1893 ; Annales du Congrès de Chirurgie, 1893 ;

Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1895), et plusieurs auteurs aussi, ont affirmé que le lupus des membres serait souvent dû à une tuberculose osseuse méconnue, guérie ou fistulisée.

Or, l'articulation du genou, avec ses parties osseuses, sa synoviale et les bourses séreuses qui l'environnent n'est-elle pas une de celles que nous voyons le plus souvent être atteinte par la tuberculose? Il n'est pourtant pas toujours besoin d'une lésion tuberculeuse profonde pour expliquer la présence d'un lupus. En particulier, dans l'observation que nous rapportons, le malade paraissait être indemne, autant qu'on peut l'affirmer, de toute tare tuberculeuse. D'ailleurs, nous avons dit que deux ans après son opération, le malade revu était dans un état de santé excellent.

Dans des cas analogues, il semble qu'on puisse admettre l'inoculation directe.

*Aspect clinique.* — Quelle est la variété de lupus que l'on rencontrera au creux poplité ? En principe, on pourra les y trouver toutes ; en fait, le lupus érythémateux y sera excessivement rare. Certains auteurs, Leloir en particulier, ont prétendu ne jamais l'avoir rencontré sur les membres.

Ce sera donc surtout au lupus tuberculeux proprement dit que l'on aura affaire. Ce sera un lupus non excedens ou un lupus excedens. Même parmi les différentes formes que peut affecter le lupus vulgaire, on en rencontrera certaines de préférence (1).

---

(1) Statistique de Leloir : Sur 286 cas de lupus : Pas de lupus plan aux membres inférieurs.

12 cas de lupus élevé ;

14 cas de lupus excedens.

Exceptionnellement ce sera un lupus plan, plus généralement un lupus élevé. Volontiers, le lupus prendra une forme serpigineuse, disséminée même. D'autres fois, il prendra un aspect scléreux ou demi-scléreux, papillomateux ou verruqueux, faisant, dans certains cas, hésiter le diagnostic entre un lupus et une tumeur maligne, un épithélioma surtout, un sarcome quelquefois.

D'autres fois, encore, il prendra le type hypertrophique, fréquent dans le lupus des extrémités, mais que l'on peut rencontrer aussi au creux poplité, arrivant même à se confondre avec lui, comme cela se produisit dans une observation relatée tout au long dans le livre de Leloir, *La scrofulo-tuberculose de la peau*.

Un point particulier et que nous devons signaler, c'est que le lupus du creux poplité, comme tout lupus des membres dont il n'est d'ailleurs qu'une variété, est rarement primitif, ou tout au moins unique. Dans la statistique de Hahn, qui porte sur 424 cas, sur les 105 cas de lupus des membres, 8 cas seulement étaient des cas uniques. Dans tous les autres, il existait d'autres lésions lupiques, d'autres régions du corps. Et lorsqu'il en est ainsi, toutes les combinaisons sont possibles : lupus du membre inférieur, accompagné de lupus du membre supérieur, du même côté, du côté opposé, des quatre membres, du tronc, etc.

Dans l'observation que nous rapportons, le lupus était absolument unique.

Nous devons aussi signaler la tendance du lupus du creux poplité à s'étendre de préférence de haut en bas.

La cicatrice, dans le cas de lupus non excedens, l'ulcération, dans celui de lupus excedens, ne présentent, bien entendu, rien de particulier. Nous ne nous y arrêterons pas.

Le lupus, considéré en lui-même, peut occuper tout ou

partie de la région, mais il ne présente rien de caractéristique.

*Evolution et complications.* — L'évolution ne présente non plus rien de bien particulier. Comme celle de tout lupus, elle est caractérisée par la tendance à l'accroissement en surface ou en étendue, parfois même dans les deux sens (lupus vorax), suivant la variété de lupus.

Ce qui est plus intéressant à étudier, ce sont les complications d'un ordre particulier que le lupus du creux poplité doit à sa localisation.

Pour l'étude de ces complications, nous suivrons l'ordre indiqué par Leloir, au sujet du lupus des membres, dans son livre sur la scrofulo-tuberculose de la peau. Il divise ces complications en déformations et mutilations, et en état pseudo-éléphantiasique.

a) *Déformations et mutilations.* — Bien souvent ce ne sont pas les altérations lupeuses de la peau elle-même qui sont la cause des mutilations et déformations observées au niveau de l'articulation du genou, des muscles, des tendons, des os voisins, et en un mot de tous les organes contenus dans le creux poplité, mais bien plutôt le virus tuberculeux qui, secondairement, les a envahis.

Lorsqu'au début le derme seul est envahi, et que la résorption de l'infiltration se produit, que cette résorption se fasse d'une manière ou d'une autre, surtout s'il se fait une ulcération, des cicatrices s'ensuivent, et, pour peu qu'elles aient une étendue suffisante, elles peuvent, par rétraction, amener de la gêne dans les mouvements de l'articulation, parfois de pseudo-ankyloses. Point n'est besoin même que le processus soit très avancé. Tout à fait au début, la contracture des muscles peut donner un pareil résultat, et, dès cette époque, on peut voir survenir une dé-

formation de l'article. Voilà déjà un premier degré avec des complications assez sérieuses.

Ce n'est pas tout, si le processus continue, l'infiltration devient de plus en plus profonde. Les tissus, les organes sous-jacents à la peau sont menacés, attaqués et ne tardent pas à se détruire. Le tissu cellulaire sous-cutané, les vaisseaux et nerfs superficiels, les lymphatiques qui, en outre, peuvent faire naître de l'adénopathie à distance au niveau de la partie interne de l'aine, tout cela est atteint. Bientôt, l'aponévrose, les muscles et leurs tendons qui délimitent le creux poplité, en haut (biceps crural et muscles de la patte d'oie) ; en bas (jumeaux et plantaire grêle), sont aussi attaqués et détruits donnant lieu à des déformations et à des mutilations considérables.

Le contenu du creux poplité peut être à son tour envahi par le processus destructif, et alors, peuvent se produire des hémorragies foudroyantes des gros vaisseaux et de leurs branches.

L'articulation elle-même n'est pas à l'abri pas plus du reste que les extrémités osseuses, d'où arthrite, carie, formation d'abcès ossifluents, de gommes tuberculeuses avec toutes leurs séquelles, abcès, fistules, etc. Ces déformations considérables peuvent apparaître ainsi que Hebra l'a fait remarquer, sans être précédées de phénomènes inflammatoires.

A ces degrés extrêmes, l'articulation peut être luxée ou subluxée.

Il est à peine besoin de faire remarquer que ces graves complications sont tout à fait exceptionnelles ; pourtant, elles peuvent être le résultat d'une inconsciente incurie de la part du malade.

Le plus souvent, avant d'en arriver là, une complication d'ordre général aura presque toujours emporté le malade.

ou bien, plus heureusement, un traitement approprié aura arrêté le processus dans sa marche envahissante et destructive.

b) *Pseudo-éléphantiasis scrofulo-tuberculeux.* — C'est surtout une complication du lupus des extrémités inférieures. Cependant, il nous a semblé que cet état pouvait, dans des cas, sans doute rares, venir compliquer le lupus du creux poplité ; de plus, une observation de Leloir, à laquelle nous avons déjà fait allusion dans le cours de ce travail, et dans laquelle cet état éléphantiasique remontait au-dessus du creux poplité, nous a engagé à en dire quelques mots.

Sous l'influence, en effet, de la stase veineuse et lymphatique produite par les cicatrices, par l'inflammation chronique que détermine le lupus, les tissus qui sont le siège du processus arrivent à s'enflammer chroniquement, à produire de l'œdème, lequel est augmenté par les poussées de lymphangite. Ainsi, les tissus arrivent à l'hypertrophie, au pseudo-éléphantiasis. La peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles et jusqu'au périoste et à l'os, tout cela dégénère et participe au processus.

*Pronostic.* — Le lupus du creux poplité comporte le même pronostic que le lupus ordinaire. Il y a de plus à tenir compte de certaines complications spéciales.

Ainsi, il semblerait que le lupus pseudo-éléphantiasique soit d'un pronostic plus sévère par les poussées lymphangitiques auxquelles il donne lieu et qui peuvent favoriser la dissémination du virus tuberculeux.

Nous avons vu aussi que les engorgements ganglionnaires sont fréquents. Ceux-ci pouvant alors s'abcéder, donnent naissance à des ulcérations de mauvaise nature qui guérissent difficilement.

Enfin, nous rappellerons ces déformations formidables qui peuvent se produire avec toutes les complications que nous avons passées en revue, et pour lesquelles peut arriver à se poser la question de l'amputation du membre.

*Diagnostic.* — Dans quelques cas il peut devenir très difficile. Lorsqu'en particulier le lupus prend l'allure d'un épithélioma, d'un sarcome. L'évolution, les coupes histologiques, l'inoculation au cobaye viendront nous aider.

Dans d'autres cas, le lupus fera penser à de l'eczéma, à de l'éléphantiasis, au mycosis fongoïde, etc. C'est par une étude et une critique rigoureuse des caractères de ces diverses affections qu'on arrivera à poser le diagnostic.

Reste maintenant la question du traitement et l'exposition de la méthode qui nous paraît être celle de choix. Avant d'aborder cette dernière question nous passerons rapidement en revue les diverses méthodes proposées pour le traitement du lupus en général.

## CHAPITRE III

### TRAITEMENT.

Les méthodes de traitement du lupus sont multiples et cette multiplicité prouve bien à elle seule que trop souvent aucune n'est réellement efficace.

Nous ne distinguerons pas dans cette rapide revue, le traitement du lupus vulgaire de celui du lupus érythémateux. Il est, à peu de chose près, le même, plus désespérant encore bien souvent dans ce dernier cas.

Le traitement du lupus doit être à la fois général et local.

*Traitement général.* — Il n'est pas besoin d'insister beaucoup sur son importance ; puisque nous avons affaire à une manifestation de la tuberculose, il est de toute nécessité de modifier le plus possible le terrain sur lequel elle évolue.

Alimentation tonique, vie au grand air, huile de foie de morue, arsenic sous toutes les formes, fer, iodures, phosphore, tout cela sera d'une incontestable utilité.

Dans certaines formes torpides, une cure marine, sur les bords de la Méditerranée, combinée à l'héliothérapie, qui a donné d'excellents résultats, ou bien une cure hydrominérale (eaux chlorurées sodiques, Balaruc, Salies ; eaux

chlorurées sulfurées, Uriage ; eaux arsenicales, la Bourboule), seront d'un puissant secours.

Pourtant, la cure hydrominérale devra être surveillée attentivement de manière à éviter toute poussée.

Fournier, en France, et Asselsberg, en Belgique, ont proposé de traiter les lupiques par des injections de sels de mercure, le calomel en particulier, prescrit aux mêmes doses et de la même manière que pour le traitement de la syphilis.

Ce traitement a paru amener certaines améliorations ; mais il est peu probable qu'il procure une guérison complète et surtout définitive.

En passant, citons, pour en mentionner les déplorables résultats, le traitement de Koch, par la tuberculine.

*Traitement local.* — Toutefois, le véritable traitement du lupus, celui qui permet d'espérer une guérison définitive, est le traitement local.

Il peut être palliatif ou essayer d'être curatif.

*Traitement palliatif.* — Avec le traitement palliatif, on se contente, au moyen de pansements antiseptiques, de pommades diverses, d'empêcher ou tout au moins de combattre les infections secondaires, dont nous connaissons le rôle malfaisant et de faciliter l'épidermisation qui est, nous l'avons vu, une tendance naturelle du lupus.

Ce sera donc surtout un traitement des formes ulcéreuses. Certaines formes congestives peuvent pourtant en bénéficier aussi.

*Traitement curatif.* — Mais c'est le traitement curatif qui est le traitement de choix. C'est là surtout où les méthodes sont nombreuses.

On peut pourtant les classer, ainsi que l'a fait le regretté

professeur Brousse, dans une leçon publiée dans le *Montpellier médical* du 24 juillet 1904, en deux principales, la méthode sclérogène et la méthode destructive.

a) *Méthode sclérogène.* — Elle comprend l'usage des antiseptiques et l'usage des moyens physiques.

La liste des antiseptiques employés est longue, nous ne ferons qu'en citer quelques-uns : l'emplâtre de Vigo, de Vidal, le sublimé en solution au 1000e, au moyen de compresses recouvertes de caoutchouc laminé (Doutrelepont), en pommade au 100e, en injections interstitielles, au 200e ou au 100e (Auspitz) ; l'acide salicylique, la créosote en pommades, en emplâtres ; le chlorophénol, en solution à 20 0/0 dans la glycérine ou l'alcool ; le permanganate de potasse pur, en poudre fine ou en solution à 1/50, etc.

Tous ces agents ont bien des inconvénients dont les principaux sont d'être inefficaces, et, lorsqu'ils réussissent, de demander un temps très long.

Les moyens physiques sont les rayons X, les courants de haute fréquence et la photothérapie. Ils ont donné tous trois d'excellents résultats, et en particulier les courants de haute fréquence ont une indication particulière dans le traitement du lupus érythémateux ; la photothérapie par la méthode Finsen en a une autre dans celui de la face, à cause de la régularité de la cicatrice qu'elle produit.

Mais ces méthodes présentent aussi de grands inconvénients, car elles nécessitent une installation spéciale qu'on ne peut trouver que dans des cliniques ou des instituts spéciaux.

Le radium, lui aussi, est entré dans la thérapeutique du lupus, à cause des propriétés irritantes pour la peau qu'il semble posséder. La technique ne paraît pas encore

en être réglée et la valeur de cet agent est d'ailleurs assez peu connue.

b) *Méthode destructive.* — Cette méthode a plusieurs moyens à sa disposition. Voyons-les rapidement.

*Les caustiques chimiques* comprennent toujours un grand nombre d'agents. Les uns, comme la potasse caustique, la pâte de Canquoin, la pâte de Vienne, détruisent aussi bien les parties saines que les parties malades. Ils sont bien peu recommandables, car ce sont des agents dont il est impossible de doser les effets, avec lesquels on dépasse souvent le but qu'on se proposait et qui laissent des cicatrices vicieuses.

Les autres ont une action élective et ne s'attaquent qu'aux tissus malades ; parmi eux se trouvent : l'arsenic qu'on emploiera de préférence en solution, suivant la formule de Czerny, par exemple

| | |
|---|---|
| Ac. arsenieux..... | 1 gr. |
| Alcool à 90°..... | àà 75 gr. |
| Eau distillée..... | |

l'acide lactique, pur ou en solution concentrée, l'acide pyrogallique, etc.

Enfin, les courants d'air chaud (méthode de Hollœnder) que nous avons vu si souvent employer et réussir dans le service de M. le professeur Tédenat contre les plaies atones ont aussi des propriétés cautérisantes dont on pourra utilement se servir contre le lupus ulcéreux.

*La cautérisation ignée* (Méthode de Besnier). — Avec la pointe fine du thermo-cautère, ou mieux encore avec des pointes de galvano-cautère, on fait à la surface du lupus une série de pointes de feu, très rapprochées, pénétrant dans la profondeur du derme et dépassant un peu les li

mites du mal. On met un pansement humide. Lorsque les escharres sont tombées on recommence une nouvelle séance.

La cicatrice que l'on obtient par ce procédé, bien que plus régulière que celle obtenue avec le précédent, et bien qu'elle soit en général suffisante, n'est pas encore complètement satisfaisante.

*Scarifications quadrillées* (Méthode de Vidal-Brocq). — Avec le scarificateur de Vidal, composé d'une lame triangulaire à bords tranchants, on fait des scarifications entrecroisées et très rapprochées portant sur le tissu malade, de façon à le dilacérer autant qu'on le peut. La compression avec un tampon arrête l'hémorragie insignifiante qui ne manque pas de se produire. Pansement humide, remplacé un peu plus tard par un emplâtre de Vigo.

L'opération doit être recommencée tous les huit jours. Elle est peu douloureuse et ne nécessite en général aucune anesthésie.

La cicatrice obtenue est lisse, régulière ; elle est aussi parfaite que possible au point de vue esthétique et au point de vue fonctionnel.

Mais cette méthode a encore un inconvénient, c'est qu'elle n'aboutit que lentement à la cicatrisation.

Avec *le râclage* (Méthode de Volkmann), nous avons un procédé plus rapide et plus radical. Il consiste à enlever avec une curette tranchante (de Volkmann, de Vidal, le Besnier), le tissu lupique, ce qui est en somme assez simple, car nous savons que ce tissu infiltré de nodules est mollasse et n'offre aucune résistance à la curette.

On fait suivre l'opération de cautérisations énergiques, soit au chlorure de zinc, en solution forte, soit au thermo ou au galvano-cautère.

Il y a aussi des inconvénients à cette méthode. Elle est douloureuse et nécessite l'anesthésie générale, mais surtout elle laisse des cicatrices difformes, ce qui est beaucoup plus grave. On lui a même reproché de favoriser la généralisation de l'infection tuberculeuse.

Cependant, dans certains cas de lupus caché, situé loin des endroits où les cicatrices vicieuses pourraient entraîner de la gêne fonctionnelle, elle rendra des services.

Nous avons gardé, pour la fin de cet exposé, le procédé par *excision,* parce que c'est de beaucoup le procédé de choix toutes les fois qu'il est possible. On l'a appelé à juste titre « la cure radicale » du lupus.

En second lieu, c'est celui sur lequel nous allons maintenant insister tout particulièrement à propos du traitement du lupus localisé au creux poplité.

Il n'est pas, nous le savons, exempt de tout reproche. Il nécessite aussi l'anesthésie générale. Il ne met pas absolument à l'abri de toute récidive, bien que ce soit de tous les procédés celui qui offre le moins de chances. Mais il permet d'enlever le placard lupique en un seul coup. On obtient avec lui une cicatrice absolument régulière, puisque c'est une cicatrice chirurgicale.

Donc, toutes les fois que le lupus sera bien limité, d'une étendue pas trop vaste et toutes les fois que l'opération sera possible sans de trop grands délabrements, c'est à lui qu'il faudra avoir recours.

## CHAPITRE IV

## TRAITEMENT DU LUPUS LOCALISÉ AU CREUX POPLITÉ

Toutes les méthodes de traitement précédentes sont applicables au lupus du creux poplité. Suivant les variétés de lupus auxquelles le médecin aura affaire, suivant les moyens à sa disposition, suivant même ses inclinations, il pourra s'adresser à l'une ou à l'autre.

Cependant, il en est une qui particulièrement ici nous paraît de beaucoup devoir l'emporter sur les autres.

Nous avons dit que chaque fois qu'elle était possible, l'extirpation devait être la méthode de choix. Or, lorsque le lupus est exactement localisé au creux poplité, l'extirpation est-elle possible ? Sans hésitation à cette question, nous répondrons que oui.

En effet, le creux poplité n'est pas une région anatomique assez étendue pour que, le lupus enlevé, le chirurgien n'ait pas à sa disposition un moyen de recouvrir la perte de substance.

La méthode de choix est donc l'extirpation, et toute la difficulté consiste à savoir comment on réalisera la réunion.

Examinons les différents procédés qu'on pourrait utiliser en la circonstance.

1° *Le rapprochement direct des lèvres de la plaie.* — Il sera rarement possible, à cause de l'étendue de la surface à recouvrir. Dans quelques cas de lupus, n'occupant pas toute l'étendue du creux poplité, on pourra cependant le réaliser.

2° *Autoplastie.* — Dans la grande majorité des cas, on devra avoir recours à l'autoplastie. Elle comprend plusieurs procédés.

a) *Méthode de greffes à pédicules* avec ses trois variétés : Méthode hindoue, méthode italienne, méthode française.

b) *Méthode de greffes sans pédicules,* avec également ses trois variétés : petites greffes épidermiques de Reverdin, grandes greffes dermo-épidermiques d'Ollier-Thiersch, greffes totales de Le Fort-Wolfe.

Que pourront nous donner ces différentes méthodes dans l'espèce ? A laquelle aurons-nous recours de préférence pour recouvrir notre surface cruentée ?

a) *Méthode hindoue.* — On en connaît le principe. Il consiste à tailler un lambeau au pourtour de la plaie, mais à distance et à l'amener par torsion au niveau de la perte de substance.

En dehors des inconvénients que présente cette méthode d'une façon générale (torsion considérable du pédicule, d'où gangrène possible, ou tout au moins congestion veineuse du lambeau), il faudrait un lambeau trop considérable, difficile à trouver au voisinage du creux poplité.

On pourrait, il est vrai, utiliser un procédé dérivé de cette méthode et qu'on appelle *méthode à renversement ou par inversion.* Ce procédé consisterait à disséquer à la face postérieure de la cuisse un lambeau ayant les dimen-

sions de la perte de substance, à le rabattre sur elle et en suturer les bords correspondants, la face épithéliale regardant le creux poplité, tandis que la face cruentée regarderait à l'extérieur.

Nous ne pensons pas que ce procédé, décrit dans les ouvrages classiques, comme procédé général d'autoplastie, ait été jamais réalisé pour l'autoplastie du creux poplité. Il ne serait probablement pas d'une pratique très commode, ni surtout d'une réussite facile.

Ce serait en plus, créer à la face postérieure de la cuisse une large perte de substance difficile à recouvrir. Nous ne pensons donc pas que ce procédé soit appelé à rendre de bien grands services pour l'autoplastie de cette région.

b) *Méthode italienne.* — Elle consiste à réparer une perte de substance au moyen d'un lambeau frais et pédiculé, qu'on emprunte à distance, et qu'on laisse adhérer à sa région d'origine jusqu'à ce qu'il adhère solidement sur la perte de substance.

Cette méthode est-elle susceptible de donner quelques résultats ici ?

Il est certain qu'elle est indiquée, lorsqu'on veut combler rapidement et sûrement une large perte de substance, comme c'est le cas quand le lupus occupe toute l'étendue du creux poplité.

Où prendrons-nous le lambeau pour cette restauration ? On pourra le prendre sur le membre inférieur du côté opposé.

Avant de procéder à l'opération, quelques précautions seront à prendre :

Dessiner à l'avance le futur lambeau, lequel devra avoir une étendue un peu plus grande (1/4 au moins) que la surface à recouvrir.

Déterminer ensuite l'attitude dans laquelle les deux membres devront être placés après l'opération. A ce propos, Monod et Vanverts, dans leur livre de Technique chirurgicale, disent que souvent il ne sera pas inutile d'habituer le malade à supporter cette position plusieurs jours à l'avance.

Préparer l'appareil qui devra, après l'opération, assurer l'immobilité la plus complète. Un simple bandage roulé sera suffisant. Mais on ne saurait trop répéter que cette immobilité doit être absolue. De là dépend le succès de l'opération.

L'opération elle-même comportera la dissection du lambeau. On le prendra sur la face postéro-interne du mollet du membre du côté opposé et il restera adhérent par son bord le plus externe. Il comprendra la totalité du panicule adipeux, à peine pourra-t-on se permettre d'ébarber un petit peu la graisse pour faciliter la suture.

L'hémostase sera faite le plus complètement possible.

On réduira au minimum la plaie d'emprunt en réunissant tout ce qu'on peut suturer.

Enfin, le membre sain sera rapproché du membre malade, de façon que l'endroit où est emprunté le lambeau corresponde en hauteur au creux poplité à recouvrir ; on suturera les bords du lambeau aux bords de la plaie.

Pansement : immobilisation des deux membres dans cette attitude.

Le lambeau sera sectionné entre le 13e et le 20e jour, et suturé.

Si l'on accepte un procédé (méthode à pont), dérivé de la méthode italienne, on pourra prendre le lambeau au niveau du thorax.

Cette méthode à pont diffère de la méthode italienne en ce que le lambeau a deux pédicules. Sous ce lambeau, en

forme de pont, passe le membre portant la plaie à combler.

Malgré la difficulté de la position donnée au membre, elle a été appliquée au traitement des plaies du creux poplité. Monod et Vanverts, se basant sur des observations de Von Hacker, la mentionnent comme telle dans leur livre de technique chirurgicale.

Les précautions pré-opératoires à prendre seront celles que nous avons indiquées un peu plus haut.

Pour l'opération, on taillera au niveau du thorax un large lambeau transversal à deux pédicules, qu'on disséquera. Puis, en portant la cuisse en flexion exagérée, on fera passer le membre malade sous ce pont, en s'arrangeant de manière que le creux poplité vienne correspondre à la face cruentée du lambeau.

Immobilisation comme précédemment. Puis, du 13e au 20e jour, section des pédicules et suture.

La méthode italienne, y compris la méthode à pont, nous paraît devoir être plus applicable que la méthode hindoue. Pourtant, elle offre bien des difficultés, principalement à cause des positions défectueuses données au membre, et que les malades peuvent parfois ne pas tolérer.

En plus de ça, s'il faut recouvrir la totalité du creux poplité, il faut tailler des lambeaux considérables. Toutes ces raisons font qu'elle ne peut, dans le cas qui nous occupe, être la véritable méthode de choix.

c) *Méthode française.* — Son principe fondamental consiste à utiliser les téguments du voisinage immédiat, en taillant un ou plusieurs lambeaux, mais sans faire subir la moindre torsion au pédicule de ces derniers. Elle repose sur ce fait que ce sont les adhérences profondes qui limitent la mobilité et l'extensibilité de la peau. Celles-ci

libérées, il devient souvent possible de fermer de vastes plaies.

De nombreuses variantes dans cette méthode ont été proposées ; il n'est pas dans notre intention de nous occuper de toutes. Nous ne parlerons, au contraire, que de ce qui pourra être utile pour l'autoplastie du creux poplité.

Comment donc, dans ce cas, faudra-t-il procéder ? Comme l'a fait M. le professeur agrégé Soubeyran pour l'opération du malade dont nous rapportons l'observation : après avoir, par une incision losangique, enlevé le placard lupique, on taillera de chaque côté du triangle supérieur, dont la peau est plus mobilisable que celle du triangle inférieur, un lambeau qu'on dissèquera et, qui, libéré de ses adhérences profondes, pourra être attiré en bas. C'est le procédé par *glissement et traction* qui, dans quelques cas avec peau très extensible, pourra permettre la réunion. Du reste, il ne faut pas craindre d'exercer des tractions considérables sur la peau. Nous avons vu bien souvent, dans d'autres régions que celle qui nous occupe, des réunions parfaites se faire, alors même que la peau avait été très tendue. Du reste, s'il arrive que la peau se coupe un peu, le résultat sera néanmoins toujours appréciable.

Les cas seront cependant rares où ce procédé seul sera suffisant.

On pourra alors le combiner avec un procédé, dit procédé de Celse et sur lequel Doyen, à son tour, a appelé l'attention dans son livre de thérapeutique chirurgicale. Ce sont des « incisions libératrices » faites de chaque côté de la perte de substance et qui permettent, dans une région comme le creux poplité, où la peau n'est pas très extensible, de la mobiliser plus facilement. Ces incisions pourront être faites de chaque côté de la surface cruentée, pa-

rallèlement à elles et s'étendront aussi haut et aussi bas que le creux poplité lui-même. Ce sont, en somme, des lambeaux à deux pédicules chacun, se déplaçant parallèlement à leur grand axe.

Ce procédé a bien quelques inconvénients, entre autres celui de laisser deux plaies au niveau des incisions libératrices. On peut essayer de les suturer au moins en partie, et si l'on n'y réussit pas, quelques greffes arriveront toujours à les combler, au cas où la cicatrisation par bourgeonnement se ferait avec trop de lenteur.

D'ailleurs, tel qu'il est, ce procédé doit être retenu, car il est ingénieux et peut rendre de grands services dans l'autoplastie de la région.

Lorsque le creux poplité aura été entièrement mis à nu, la libération des lambeaux, les incisions libératrices sur les côtés ne seront encore pas suffisantes. Des greffes sans pédicules pourront alors venir combler la légère perte de substance qui restera à recouvrir.

Donc, pour résumer, taille des lambeaux de chaque côté du triangle supérieur, de manière à obtenir par traction le glissement de ces lambeaux, incisions libératrices de chaque côté du creux poplité, et enfin greffes sans pédicules, la combinaison de ces trois moyens nous paraît être la méthode de choix pour l'autoplastie de cette région.

Nous l'avons vue remarquablement réussir chez le malade de M. le professeur Soubeyran.

Il nous reste, maintenant, pour terminer, à examiner quel genre de greffes nous emploirons de préférence. Nous avons dit, en effet, que la méthode d'autoplastie par greffes sans pédicules comportait trois variétés : greffes épidermiques de Reverdin, greffes totales de Le Fort-Wolfe, greffes dermo-épidermiques d'Ollier-Thiersch.

a) *Greffes épidermiques de J. Reverdin.*— Elles ne pourront pas être utilisées au moment de l'opération. On sait, en effet, que ces greffes ne doivent pas être appliquées sur une plaie fraîche. Pour y avoir recours, on doit attendre que le travail de cicatrisation soit parvenu à la période de bourgeonnement.

Cadiat a démontré que la greffe épidermique ne prenait que là où il existait déjà de l'épiderme. Il faut donc laisser à la plaie le temps d'en produire, c'est-à-dire de bourgeonner.

Mais si elles ne peuvent servir pour l'autoplastie directe de la région, elles pourront parfois devenir très utiles par la suite, lorsqu'il s'agira de remplacer une partie sphacélée du lambeau ou une greffe d'une autre variété qui n'aura pas pris, ce qui arrive assez souvent.

C'est pourquoi nous allons quand même en indiquer la technique opératoire.

Technique opératoire. — Les lambeaux seront pris de préférence à la face externe de la cuisse, préalablement aseptisée.

Avec le pouce et l'index, on tendra la peau. On introduira la pointe d'une lancette à saignée, un peu large parallèlement à la surface, à une très petite profondeur (1/2 millim. environ), de façon à entamer la couche cornée et même le derme. On poussera la lancette et on la fera ressortir à 3 ou 4 millimètres plus loin. En continuant de pousser, le petit lambeau achève de se couper (Reverdin).

On applique ensuite la lancette chargée de la greffe sur les bourgeons charnus. On fait glisser le lambeau avec la pointe d'une épingle, par exemple ; de manière qu'il soit en rapport avec la surface à recouvrir par sa face profonde. On s'assure que le lambeau n'est pas enroulé ; car

il importe pour le succès de l'opération qu'il soit complètement étalé.

Pansement qui, par sa compression, doit assurer l'immobilité.

b) *Greffes totales* (Le Fort-Wolfe). — Comme son nom l'indique, ce procédé exige un lambeau unique. Il peut servir à recouvrir une plaie récente. C'est même dans le cas de plaie chirurgicale qu'il est le plus souvent utilisé.

Le lieu d'emprunt du lambeau sera encore la face externe de la cuisse.

Le lambeau, comme toujours lorsqu'il s'agit d'un lambeau unique, dépassera notablement l'étendue de la surface de la plaie qui reste à recouvrir.

Technique opératoire. — On fera la section de la peau au bistouri ; pour détacher la face profonde, on ira plus vite en se servant de ciseaux.

Le lambeau ne devra pas dépasser le derme. Une fois détaché, ce qui doit être fait rapidement, il sera porté sur la surface à recouvrir, retaillé de façon qu'il s'applique exactement.

On pourra le fixer par deux points de suture ; mais il est préférable de se fier pour cela à la compression d'un bon pansement, les sutures nuisant toujours à la vitalité du lambeau.

Les difficultés qu'offre ce procédé résident surtout dans l'étendue du lambeau qu'on est obligé de tailler, lorsque la surface à recouvrir est encore assez grande, comme c'est généralement le cas ici. Ces difficultés sont encore accrues par ce fait qu'il faut le tailler avec rapidité, sans quoi il perd très vite toute vitalité.

Aussi ce procédé, très utile, lorsque les surfaces à recouvrir sont peu étendues, comme c'est le cas pour une

restauration de paupières par exemple, sera ici d'un secours moins grand ; et nous pensons qu'il vaudra mieux avoir recours aux grandes greffes dermo-épidermiques.

c) *Grandes greffes dermo-épidermiques d'Ollier-Thiersch.* — Ce seront celles qu'on emploiera, en effet, de préférence. Si la technique en est encore plus difficile que celle des greffes de Reverdin, à cause de l'étendue toujours assez grande des lambeaux employés, si la réussite en est moins certaine pour les mêmes raisons, elles sont encore plus commodes à réaliser que les greffes totales ; elles peuvent aussi prendre sur une plaie récente, car elles n'ont pas besoin d'une épidermisation préalable (greffes épidermiques), puisqu'elles sont dermo-épidermiques.

Les lambeaux seront pris aussi à la face antéro-externe de la cuisse du côté malade. On opèrera de la façon suivante :

*Technique opératoire.* — Avec la main gauche embrassant la face postéro-interne de la cuisse, on tendra la peau de la face antéro-externe. Un aide placé au niveau de la racine du membre attirera fortement la peau à lui avec ses deux mains placées à plat. De cette façon, il assurera aussi bien que possible la fixité des parties.

On pourra, si l'on veut, et surtout si on les a à sa disposition, se servir des rateaux de Mac Burney, qu'on fait mordre à chaque extrémité du futur lambeau, et qui permettent de tendre la peau aussi bien que possible.

Ces instruments ne sont nullement indispensables, et la manœuvre indiquée plus haut est largement suffisante.

La peau une fois bien tendue, on fera mordre sur elle un rasoir large, bien affilé, tenu presque à plat et sem-

blable à celui qu'on emploie en histologie pour les coupes, c'est-à-dire plat d'un côté.

Alors, par un mouvement de va-et-vient de scie, on détachera un lambeau dermo-épidermique, aussi large et aussi long que possible.

Pendant ce temps, un aide fera par compression, à l'aide de tampons, l'hémostase de la région à recouvrir. Il importe, en effet, pour que la greffe prenne, qu'il n'y ait aucune interposition de caillot sanguin.

Dès que le lambeau est détaché, il doit être transporté directement sur la plaie. Avec une sonde cannelée, on fixera au niveau d'une des extrémités de la plaie, la partie du lambeau qui correspond au tranchant du rasoir, et lentement on éloignera celui-ci en sens inverse. Cette lamelle dermo-épidermique d'une grande minceur, ramassée en replis serrés sur le rasoir, au moment du transport, devra s'étaler peu à peu en une bandelette à surface irrégulière. Si cet étalement ne se produisait pas d'une façon suffisante, on y procèderait à l'aide d'aiguilles, car il doit être aussi parfait que possible.

Il faudra recommencer cette manœuvre, autant de fois que cela sera nécessaire pour que la perte de substance restant à couvrir disparaisse « sous une véritable mosaïque de lambeaux ». Ceux-ci doivent « déborder les marges de la plaie, être mutuellement tangents et se recouvrir même par une mince lisière ». (Thiersch).

Pansement qu'on renouvellera généralement le huitième jour.

Les cicatrices obtenues avec ces greffes seront des cicatrices souples, solides, pour peu que l'état général du malade soit bon.

Delbet et Le Dentu rapportent dans leur livre de Technique chirurgicale, le cas de deux malades brûlés, dont

l'un présenté à l'Académie de médecine avait eu son dos complètement restauré par cette méthode, et l'autre, présenté à la Société de chirurgie, une partie des avant-bras et des mains. Ces malades, revus des années après, avaient des cicatrices très souples et surtout solides.

Dans le cas opéré par M. le Professeur Soubeyran, la cicatrice était aussi excellente, puisque deux ans après l'opération, elle était demeurée parfaite tant au point de vue esthétique qu'au point de vue fonctionnel.

En combinant donc ces différents procédés, on peut arriver par l'extirpation suivie de l'autoplastie, à traiter dans le minimum de temps et avec le maximum de chances de guérison définitive un lupus localisé au creux poplité.

## CONCLUSIONS

I. — Le lupus vulgaire et le lupus érythémateux ont fort probablement une même origine (tuberculose). En tous cas, ils forment au point de vue de la description un groupe homogène, qu'il y a intérêt à maintenir, ainsi que le veulent la majorité des auteurs français et quelques auteurs étrangers.

II. — La fréquence de la localisation du lupus au creux poplité est difficile à établir. Pourtant, cette localisation existe, tout au moins comme étape dans l'évolution d'un lupus des membres ayant son origine au niveau de cette région. L'observation que nous devons à l'obligeance de M. le professeur agrégé Soubeyran démontre cette existence. Certaines particularités anatomiques, que nous avons essayé de mettre en relief dans le courant de ce travail, tendent à expliquer cette localisation et à prouver aussi qu'elle doit se produire assez souvent.

III. — Toutes les variétés de lupus sont possibles au creux poplité. Pourtant, le lupus tuberculeux proprement dit (ulcéreux ou non), avec ses formes serpigineuses, scléreuses, hypertrophiques, y serait prédominant.

IV. — Les traitements proposés pour le lupus en général sont nombreux, et prouvent par leur nombre même qu'aucun n'est sûrement efficace.

V. — Lorsque le lupus est exactement localisé au creux poplité, il existe un traitement de choix, qui est l'extirpation, suivie d'autoplastie combinée (taille des lambeaux par le procédé de glissement et traction, méthode française, incisions latérales libératrices, greffes dermo-épidermiques d'Ollier-Thiersch).

## BIBLIOGRAPHIE

Adenot. — Articles sur le lupus. Revue de Chirurgie, 1893 ; Annales du Congrès de Chirurgie, 1893 ; Annales de Dermatologie, 1895.

Baur. — Du traitement du lupus, emploi des greffes dermo-épidermiques. Thèse de Nancy, 1891.

Bazin. — Traité des maladies de la peau.

Besnier. — Traitement de la tuberculose lupique. Revue Générale, numéro 2, page 17, 1891.

— Articles sur le lupus. Annales de Dermatologie et Syphiligraphie, 1880, 1884, 1885, 1891, 1900, 1901.

Bidderel. — Traitement radical du lupus.

Blayac. — Traitement du lupus par l'extirpation. Thèse Montpellier, 1902.

Broca. — Traitement du lupus par le râclage. Mercredi Médical, 16 décembre 1891.

Brocq. — Traité maladies de la peau.

Brousse. — Leçon sur le traitement du lupus. Montpellier Médical, 1904.

Cabrol. — Contribution à l'étude du traitement du lupus par les préparations mercurielles et en particulier par les injections de calomel. Thèse Montpellier, 1899.

Darbois. — Du traitement du lupus vulgaire suivant les indications. Thèse Paris, 1901.

Delbet et Le Dentu. — Traité de Chirurgie.

Devergie. — Traité pratique des maladies de la peau.

*Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales* (article Lupus).

Doyen. — Thérapeutique chirurgicale.

Dubois-Havenith. — Traitement du lupus d'après son siège. La Policlinique de Bruxelles, 1er novembre 1894.

Duplay et Reclus. — Traité de Chirurgie.

Foubard. — Etude sur le traitement du lupus des membres et en particulier des lupus verruqueux par râclage et bistouri. Thèse Paris, 1894.

Hahn. — Traitement du lupus par les greffes épidermiques. Centralblatt für Chir., 1883.

— Du lupus des extrémités. Archive für dermatologie, XXII, 4 et 5.

Hanriot. — Traitement physico-thérapique du lupus. Th. Nancy, 1907.

Hardy. — Affections de la peau.

Kaposi. — Pathologie et traitement des maladies de la peau. Traduction et annotations de MM. Besnier et Doyon.

Leloir. — Traité pratique de la scrofulo-tuberculose de la peau, traitement du lupus. Bulletin Médical, janvier 1891.

Leloir et Vidal. — Traité descriptif des maladies de la peau.

Marion. — Technique chirurgicale.

Morestin. — Traitement opératoire du lupus. Bulletin Société française de dermatologie et syphiligraphie, t. XVIII, 1907 ; Bulletin Société anatomique, octobre 1907.

Morin. — De la greffe cutanée, méthode d'Ollier-Thiersch et Lefort. Thèse Bordeaux, 1903.

Monod et Vanverts. — Technique opératoire.

Nicolas. — Discussion à la Société de Chirurgie. Compte-rendu. Presse médicale, 1er mai 1907.

Perrin. — Compte-rendu du Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie. Paris, 1889.

Roux. — Greffes dans le lupus. Société Vaudoise, 1885.

Tennesson. — Traité des maladies de la peau.

Testut et Jacob. — Anatomie topographique.

Vidal. — Leçons cliniques sur le lupus.

Walcker. — Variétés de lupus, leur traitement. Edimbourg. Med. Journal, août 1894.

---

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 30 mai 1910.
*Le Recteur.*
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 30 mai 1910.
*Pour le Doyen,*
L'assesseur délégué,
G. SARDA.

# SERMENT

*En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesse ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*